		<b>Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp</b>		Generelt dokument
<b>Innkomstnotat poliklinikk KPH - Veiledning</b>				Side 1 av 5
Dokument ID: II.KPH.2.3.8-4	Tilknyttet:	Godkjent dato: 18.10.2022	Revisjon 7.00	

## Journalisering – mal innkomstnotat poliklinikk (VOP, TSB, ABUP)

Dokumentasjon av innkomst gjøres i henholdsvis:

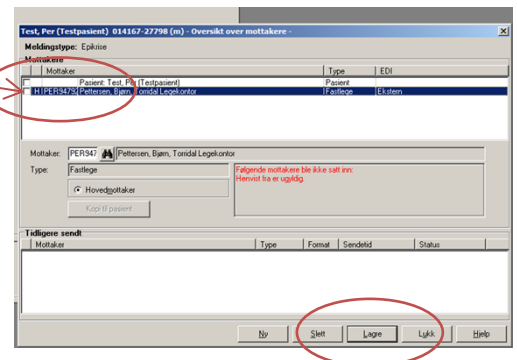
- BUP Innkomstnotat pol (edi)... (ABUP)
- Innkomstnotat behandler pol (edi) (VOP/TSB)

Mal for Innkomstnotat poliklinikk er med EDI. Mal med EDI innebærer at notatet automatisk sendes fastlegen, når notatet godkjennes. Det er opp til den enkelte behandler – **i forståelse med pasienten** – å ta standpunkt til om det er hensiktsmessig å informere fastlegen på denne måten eller ikke. Dersom pasienten **ikke** ønsker at dokumentet sendes til fastlegen, må behandler velge bort mottakere i DIPS når notatet opprettes. Se veiledning under:

Innkommstmalen gir et oppsett for utforming av et innkomstnotat ved oppstart av en poliklinisk behandling/utredning. Overskriftene nedenfor er innsatt i malen i DIPS, mens *kursivskriften* under hver overskrift er ment som en veiledning i forhold til hvilke informasjon som er tenkt plassert under den enkelte overskrift. ***All skrift som er i kursiv i malen i EPJ, skal slettes når dokumentet skrives.*** Innkomstnotat poliklinikk er forutsatt godkjent fortløpende, dvs. normalt i løpet av første ordinære arbeidsdag etter at samtalen fant sted.

*Hvis notatet ikke skal sendes til noen, fjern kryss i boksen foran mottakere.*

*Trykk deretter på lagre, og notatet opprettes uten at det sendes.*



Ved en mer omfattende diagnostisk utredning, dokumenteres dette i et eget notat:

- BUP Klinisk/diagnostisk vurdering (ABUP).
- Diagnostisk vurdering ... (TSB og VOP)

Det vises til veiledningen for notatene «BUP Klinisk/diagnostisk vurdering/ Diagnostisk vurdering...».

Anamneseopptak inngår som en del av standard utredning. Hvor omfattende anamneseopptak avhenger av henvisningsgrunn og problemstilling (for eksempel førstegangs psykose, ADHD og annen mer gjennomgripende eller sammensatt psykisk lidelse). Det skal opprettes et eget anamnese-dokument, med en mal som er mer egnet for dokumentasjon av en omfattende anamnese. Det vises til veiledningen for notatene BUP Anamnese og PS Anamnese (VOP/TSB).

Utarbeidet av: Gro M. Eilertsen	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	
------------------------------------	---	---	--



Dokument-id: II.KPH.2.3.8-4	Utarbeidet av: Gro M. Eilertsen	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 18.10.2022	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 7.00
--------------------------------	------------------------------------	---	------------------------------	--	-------------------

**Formalia:**

Ansvarlig behandler	
Evt. Koordinator	
Henvissende lege/psykolog	
Fastlege	
Individuell plan	

Fyll ut med rollene som angis i tabellen over, og kommenter her om nødvendig. [Behandlingsansvar - roller i pasientforløpet](#)

**Aktuell henvisning**

*Henvisningsgrunn. Hvem som møter til vurderingssamtale, evt. første samtale.*

*Bakgrunn for henvisning.*

*Målsetting/bakgrunn for innleggelse.*

**Problemstilling med symptombeskrivelse**

*Aktuelle plager, problemer, symptomer.*

*Når og hvordan oppstod det.*

*Utviklingsløp. Evt. pårørendes vurdering av utviklingsforløpet, når dette er aktuelt.*

*Evt. supplerende undersøkelser og/eller rapporter innhentet før samtalen, relevant bakgrunnsinformasjon.*

*Problemer i forhold til andre mennesker*

*Aktuelle økonomiske og sosiale problemer*

*Tidligere medisiner*

*Hjemmesykepleie/hjemmehjelp m./navn, biveileder, støttekontakt, likemann, verge etc*

**Pasientens problemforståelse og motivasjon**

*(Evt. pårørendes når dette er aktuelt)*

*Hva ønsker pasienten i møte med psykisk helsevern? Hvilke motivasjon har pasienten for behandling? Hvilke behov for forventninger har pasienten?*

*Egne forsøk på å mestre problemene.*

*Egne tanker om årsakene til problemene.*

**Tidligere behandling i psykisk helse og/eller rusbehandling og/eller somatikk**


*Kortfattet psykiatrisk sykehistorie som omfatter blant annet tidligere behandling(er), diagnoser, innleggelser, poliklinisk eller dagbehandling, medisiner og effekt av behandling.*

*Kommunale behandlingstiltak inkluderes.*

**Psykisk og somatiske sykdommer i familien****Psykososiale forhold**

*Kort om:*

- *nåværende familiesituasjon/samlivssituasjon,*
- *omsorgsansvar for barn, mindreårige søsken*
- *bolig, arbeid, skole, økonomi.*

	<b>Innkomstnotat poliklinikk KPH - Veiledning</b>				<b>Side: 3</b> <b>Av: 5</b>
Dokument-id: II.KPH.2.3.8-4	Utarbeidet av: Gro M. Eilertsen	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 18.10.2022	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 7.00

*Omsorgsansvar/barn – benytt kartleggings skjema.*

### **Avklaring om pasientens barn og søsken**

*Pasientens relasjon til barna?*

*Er barna informert om behandling/hendelse/død?*

*Er behandlingen slik at barna blir påvirket av denne?*

*Har barna forsvarlig tilsyn ved behandling? Avklar/vurder barnas behov for informasjon og oppfølging?*

### **Somatisk helse og levevaner**

*Kroniske sykdommer, akutte alvorlige sykdommer, evt. tannhelse,*

*Naturlige funksjoner: søvn, appetitt, vekt, menstruasjon, avføring, vannlatning*

*Allergier: Hvilke, nevnt hvilke type reaksjon*

*Ernæringstilstand, ev. vektendringer*

*Livsstilsfaktorer, kosthold, fysisk aktivitet, røyking o.l.*

*Tenner og munnhule,*

*Ev.risikofaktorer som høyt blodsukker, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, økt livvidde.*

*Somatisk undersøkelse og blodprøver.*

***Som hovedregel bør somatisk status avklares hos fastlege.***

### **Rusmidler og/eller avhengighet**

*Forekommer det rus? Omfatter misbruk av både illegitime og legitime stoffer.*

*Når begynte rusingen? Intoksikasjoner? Hva slags bruk? (injiserer, røyke, spise o.l)*

*Alvorlighetsgrad?*

*Hvilke narkotisk stoff?*

*Behandlingstiltak m/ resultater*

*Stimulantia: røykevaner/nikotin/snus/alkoholforbruk*

### **Aktuell medisiner**

*Aktuelle medikamenter: Både somatiske medikamenter og psykofarmaka: Dose, hvor lenge brukt, bivirkninger*

*Nylig seponert behandling*

**Cave:** *Kraftige allergiske reaksjoner på medisiner, hvilke type reaksjon*

*Aktuelle medikamenter, nylig seponert behandling.*

*Pasientens erfaring med både nåværende og tidligere medikamenter.*

*Vurdering av ev. nåværende legemiddelbehandling mot indikasjon, effekt, bivirkninger.*

***Oppdater medikasjonsmodulen. Sett deretter tabell fra medikasjonsmodulen inn i innkomstnotatet. Dette gjøres ved å velge «Sett inn» og deretter «Pasientens medikasjoner» fra menylinjen øverst i skjermbildet når du skriver innkomstnotatet.***

### **Status presens**

- *pasientens fremtoning (utseende, motorikk, mimikk, kontakt og holdning, innstilling, psykomotorisk tempo).*



Dokument-id: II.KPH.2.3.8-4	Utarbeidet av: Gro M. Eilertsen	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 18.10.2022	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 7.00
--------------------------------	------------------------------------	---	------------------------------	--	-------------------

- *kognitive funksjoner (bevissthetsnivå, orientert for tid og sted, intellektuell fungering, språk, verbaliseringsevne, hukommelse, hallusinasjoner, selvoppfatning, vrangforestillinger, tankeprosesser, sykdomsinnsikt, sykdomsfølelse, realitetsorientering o.l)*
- *affektive funksjoner (stemningsleie, affekter og somatiske plager, latens)*
- *karaktertrekk (personlighetstrekk og forsvarsstrategier, passiv, aggressiv, mistenksom, usikker, labil m.fl.)*

*MADRS nevnes dersom dette er aktuelt. Se egen retningslinje for [MADRS](#).*

## Selvordskartlegging

Selvordsrisiko **skal** kartlegges hos alle pasienter i innkomst. Kartlegging innebærer å spørre om følgende:

- *selvordsstanker*
- *selvordsplaner*
- *tidligere forsøk,*
  - *avskjedsbrev*

Dersom pasienten svarer bekreftende på et av punktene over og det fremkommer informasjon som tilsier behov for vurdering, **skal** det foretas en omfattende selvordsrisikovurdering jmf. retningslinje Selvordsrisikovurdering i KPH – kartlegging og vurdering (<http://kvalitet2.sshf.no/docs/pub/dok20230.pdf>).

### Følgende skal innhentes og vurderes:

- *Risikofaktorer, (psykisk lidelse, tidligere forsøk, nylig relasjonsbrudd, rusmisbruk o.l. det er viktig å avklare med pasienten hva som oppleves som belastende)*
- *Beskyttende faktorer*
- *Komparentopplysninger*

*Vurdering med konklusjon: dette er klinikerens vurdering av fremkommet informasjon. Ikke pasientens opplevelse eller påstand om risikobildet. Her skal klinikerens mene noe om informasjonen som har fremkommet relatert til selvordsstanker og planer. Drøfting av risiko med konklusjon og tiltak og tiltak skal dokumenteres i innkomstnotatet.*

## Voldsrisikokartlegging

*Aktuelle tanker, planer, hevnfantasier og tidligere utøvelse av vold.*

*Dersom det fremkommer informasjon som tilsier det på et av de overnevnte punktene skal det gjøres vurdering av risiko for voldelig atferd jmf. retningslinje «Vurdering av risiko for voldelig atferd»*

*Drøfting av risiko med konklusjon og tiltak skal dokumenteres i innkomstnotatet.*

## CGAS hvis barn.

### Vurdering av tilstand (tentativ diagnose)

*Undersøkerens vurdering av innsamlet informasjon. Dominerende symptombylle. Drøft diagnostiske hypoteser og diagnostisk tvil. Tentativ diagnose bør fremkomme. Plan for videre utredning og behandling. Behov for oppfølging av ev. selvordsrisiko eller voldsrisiko skal vurderes.*

*Vurdering av førerkort.*

## Tiltak

*Hva gjøres av tiltak?*

*Ansvarlig for tiltak dokumenteres.*

*Både medikamentell behandling, samtalerterapi og miljøterapi bør fremkomme.*

	<b>Innkomstnotat poliklinikk KPH - Veiledning</b>				<b>Side: 5</b> <b>Av: 5</b>
Dokument-id: II.KPH.2.3.8-4	Utarbeidet av: Gro M. Eilertsen	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 18.10.2022	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 7.00

[Utforming av utrednings-/behandlingsplan](#) (egen mal i DIPS).

*Krise og mestringsplan (hvis aktuelt).*

*Vurdering av førerkort (hvis aktuelt)*

**Autotekst: Journalskriver**

**Dato**

**Kryssreferanser**

[I.6.2.8-1](#)

[II.KPH.2.3.1-2](#)

[II.KPH.2.3.1-9](#)

[II.KPH.2.4.1-1](#)

[II.KPH.4.1-24](#)

[II.KPH.FEL.2.6-1](#)

[II.KPH.FEL.2.6-2](#)

[II.KPH.FEL.2.6-3](#)

[II.KPH.FEL.2.6-4](#)

[Barn som pårørende-arbeidet - overordnet prosedyre - SSHF](#)

[Behandlingsansvar - roller i pasientforløpet](#)

[Overdoserisiko - kartlegging og vurdering](#)

[Anamnese KPH - Veiledning](#)

[Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse- Vurdering av voldelig atferd](#)

[Pakkeforløp for utredning og behandling i psykiske helsevern, voksne \(HDir\)](#)

[Pakkeforløp for utredning og behandling i psykiske helsevern, barn og unge](#)

[\(HDir\)](#)

[Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(HDir\)](#)

[Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller](#)

[rusproblemer \(HDir\)](#)

**Eksterne referanser**